

Fecha de la notificación: _____
 Nombre del caso : _____
 Número : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

_____, nuestros expedientes muestran que usted:

- no firmó su plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) en _____.
- no participó en _____ en _____.
- no progresó de una manera satisfactoria en su actividad de _____ porque _____.
- no aceptó un empleo en _____.
- no conservó su empleo en _____.
- no conservó la misma cantidad de ingresos ganados.

NECESITAMOS HABLAR CON USTED

Para que no se reduzca la asistencia monetaria de su familia, tenemos que hablar con usted sobre este problema. Se ha programado una cita para usted en _____, a la(s) _____, en _____. Si necesita transporte o cuidado de niños para poder ir a esta junta, llame a su trabajador de WTW al número de teléfono que se encuentra a continuación.

Nombre del trabajador de WTW: _____
Número de teléfono: _____

Si no puede ir a esta junta, tiene que llamar a su trabajador para programar una nueva cita. A menos que tenga un motivo justificado, usted podrá cambiar la cita solamente una vez. También puede llamar a su trabajador para hablar sobre el problema por teléfono en vez de ir a la junta. Usted tiene que llamar a su trabajador a más tardar en _____ para programar una nueva cita o para hablar sobre su problema por teléfono.

Cuando hable con su trabajador, se le preguntará si tuvo un motivo justificado ("buena razón") para no hacer lo que le pedimos que haga. Si verificamos que usted tuvo un motivo justificado, no se reducirá la asistencia monetaria de su familia debido a este problema. Algunos ejemplos de motivos justificados son el no tener cuidado de niños o el no tener transporte. Para enterarse de otros motivos justificados, vea el formulario titulado "Petición para una determinación de motivo justificado" que fue enviado con esta notificación.

La asistencia monetaria de su familia tampoco se reducirá si usted puede mostrarnos que debió de haber estado exento cuando no realizó su actividad de WTW.

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga, puede aceptar un plan de cumplimiento para cumplir con las reglas de WTW. La asistencia monetaria de su familia no se reducirá si usted acepta un plan de cumplimiento y luego hace lo que se indica en el plan. Si acepta un plan de cumplimiento y más tarde no hace lo que se indica en el plan, la asistencia monetaria de su familia se reducirá. Si esto sucede, usted recibirá una notificación por separado.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes. CalWORKs*: MPP** Sección 42-712 (exenciones); 42-713 (motivo justificado); 42-721 (falta de cumplimiento y motivo justificado). Programa de Estampillas para Comida: MPP Sección 63-407.521.

CÓMO PREVENIR QUE SE DESCONTINÚE SU ASISTENCIA MONETARIA

A partir de _____, la asistencia monetaria de su familia se reducirá de \$ _____ a \$ _____, a menos que usted nos muestre que tuvo un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga. Si no tiene un motivo justificado, puede aceptar un plan de cumplimiento para prevenir que se descontinúe su asistencia monetaria. Si no acepta tal plan, no recibirá otra notificación antes de que se descontinúe su asistencia monetaria.

Vea la segunda página para obtener más información sobre cómo calculamos cuánto su familia recibirá si se descontinúa su asistencia monetaria.

No pagaremos transporte ni gastos relacionados con el empleo o entrenamiento si usted no está recibiendo asistencia monetaria. Es posible que paguemos cuidado de niños si usted trabaja o asiste a la escuela.

CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA

Si se descontinúa su asistencia monetaria, usted puede volver a recibir asistencia monetaria, si es elegible para recibirla, comunicándose con el Condado y diciéndoles que usted quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego tiene que hacer lo que el Condado pida.

PARA COMUNICARSE CON EL CONDADO SOBRE CÓMO VOLVER A RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, LLAME AL _____.

Es posible que el otro de los padres de la familia, _____, también vuelva a recibir asistencia monetaria, si él/ella es elegible para recibirla, comunicándose con el Condado y diciéndoles que él/ella quiere volver a recibir asistencia monetaria; luego tiene que hacer lo que el Condado pida.

¿NECESITA ASISTENCIA LEGAL GRATUITA? Puede recibir asistencia gratuita sobre este problema en:

La oficina local de asesoramiento legal: () _____

La organización estatal para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: () _____

Estampillas para comida: Si el no cumplir con los requisitos del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*) también resulta en una sanción con respecto a las estampillas para comida, es posible que no pueda recibirlas. Si hay alguna sanción con respecto a las estampillas para comida, usted recibirá otra notificación que le indique el período durante el cual serán descontinuadas.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

(Continuación)

Si usted no tiene un motivo justificado para no hacer lo que le pedimos que haga, o si no acepta un plan de cumplimiento, la asistencia monetaria de su familia cambiará, a partir de _____, de la siguiente manera:

Cantidad mensual de asistencia monetaria para el período de _____ a _____

Sección A. Ingresos contables

Total de ingresos de un empleo por cuenta propia. . . . \$ _____

Gastos del empleo por cuenta propia:

a. Estándar de 40% - _____

o

b. Gastos verdaderos - _____

Ingresos netos del empleo por cuenta propia. = _____

Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad (unidad de asistencia + personas que no
son parte de la unidad de asistencia) \$ _____

Deducción de \$225 - _____

Ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad no exentos = _____

o

Cantidad que no se usó de la deducción de \$225 . . = _____

Total de ingresos ganados \$ _____

Ingresos netos del empleo por cuenta propia (de
la parte de arriba) + _____

Subtotal = _____

Cantidad que no se usó de la deducción de \$225
(de la parte de arriba) - _____

Subtotal = _____

Deducción del 50% por los ingresos ganados - _____

Subtotal = _____

Ingresos no ganados basados en incapacidad/
discapacidad no exentos (de la parte de arriba) + _____

Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia +
personas que no son parte de la unidad de asistencia) + _____

+ _____

Ingresos netos contables = _____

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación _____

Nombre del caso _____

Número _____

Sección B. Su asistencia monetaria

1. Asistencia máxima para _____ personas
(unidad de asistencia + personas que no
son parte de la unidad de asistencia) \$ _____

2. Necesidades especiales (unidad de asistencia +
personas que no son parte de la unidad de asistencia) . . + _____

3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____

4. Subtotal = _____

5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de
asistencia solamente) (excluyendo a las personas sujetas a
la regla sobre el MFG* y a las que han sido sancionadas) \$ _____

6. Necesidades especiales (unidad de asistencia
solamente) + _____

7. Subtotal de asistencia máxima = _____

8. **Subtotal de asistencia monetaria del mes
completo para el período**

(La cantidad en la línea 4 ó 7, la que sea menor) . . . = _____

9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____

10. Ajustes: Sanción(es) de 25% por
mantenimiento de hijos - _____
Pago excesivo - _____
Sanción(es) de Cal-Learn** - _____
Cantidad adicional de Cal-Learn + _____

11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria
para el período**
(Línea 8 ó 9 ajustada) = _____

12. Cantidad actual de asistencia monetaria (Si esta
cantidad es mayor que la línea #11, no cambiará
su asistencia monetaria.) = _____

